



CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PCR EN LOS CENTROS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS PARA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS POSIBLES DE COVID 19

(A cumplimentar por la persona que va a serle realizada la PCR según sea el caso:

- alumnado mayor de edad,
- padre, madre o tutor si el alumnado es menor de edad,
- trabajador/a del centro)

La prueba PCR permite detectar la presencia o no del virus (restos de ácidos nucleicos ARN) en la muestra analizada. Se toma una muestra de exudado nasofaríngeo (o vías respiratorias altas). Se somete la muestra a un proceso que convierte el ARN en ADN y posteriormente los fragmentos de ADN se multiplican millones de veces para hacerlos detectables.

Técnica de recogida de la muestra para realizar prueba PCR

- Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse también otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
- El sanitario que le atienda introducirá la torunda en un contenedor adecuado para remitirlo al laboratorio y proceder al análisis de la muestra.

La realización de esta técnica no comporta ningún efecto secundario, excepto una leve molestia en la recogida de la misma. En el plazo de 24/48 horas tendrá disponibles sus resultados.

Alumnado mayor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____
con DNI/NIE _____, matriculado en (indicar enseñanza) _____ curso
_____ en el centro educativo _____ de la localidad
de _____ provincia de _____
Teléfono _____
Número de la tarjeta sanitaria SACYL _____

Alumnado menor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____
con DNI/NIE _____, como padre/madre/tutor legal, del alumno/a (nombre y dos apellidos)
_____, matriculado en (indicar
enseñanza) _____ curso _____ en el centro
educativo _____ de la localidad de _____ provincia
de _____
Teléfono _____
Número de la tarjeta sanitaria SACYL _____



Junta de Castilla y León

Consejería de Educación

Trabajador/a del centro

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____
con DNI _____, con destino en el centro educativo _____ de la localidad
de _____ provincia de _____
como (indicar: docente, PAS, servicios) _____
Teléfono _____
Número de la tarjeta sanitaria SACYL _____

Consiente en:

- Que se le realice la PCR en el marco de las actuaciones a desarrollar en los centros sostenidos con fondos públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19.
- Que los resultados sean recogidos y comunicados por los Servicios de Prevención Cualtis/ Quirionprevencion al Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación, y a la a la DG de Infraestructuras y Tecnologías de la Información de la Gerencia Regional de Salud.
- Que los resultados sean comunicados por el Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación al centro educativo.
- Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente y al responsable del Área de Atención Primaria.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa y por los encargados de tratamiento Cualtis y Quirionprevencion con la finalidad de facilitar la prestación del servicio público educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es

Los Servicios de Prevención Cualtis y Quirónprevencion tratarán estos datos a los efectos de cumplir con lo establecido en el contrato que les vincula con la Consejería de Educación y las obligaciones legales en materia sanitaria, sin que puedan utilizarlos para otro fin o realizar cesiones de los mismos, estando obligados a su destrucción cuando el citado contrato finalice su vigencia.

En _____ a _____ de _____ de 2020

Firma

(Alumno/padre/madre/tutor/trabajador)

Ejemplar para el Servicio de Prevención. Cualtis/Quirón-Prevención



CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PCR EN LOS CENTROS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS PARA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS POSIBLES DE COVID 19

(A cumplimentar por la persona que va a serle realizada la PCR según sea el caso:

- alumnado mayor de edad,
- padre, madre o tutor si el alumnado es menor de edad,
- trabajador/a del centro)

La prueba PCR permite detectar la presencia o no del virus (restos de ácidos nucleicos ARN) en la muestra analizada. Se toma una muestra de exudado nasofaríngeo (o vías respiratorias altas). Se somete la muestra a un proceso que convierte el ARN en ADN y posteriormente los fragmentos de ADN se multiplican millones de veces para hacerlos detectables.

Técnica de recogida de la muestra para realizar prueba PCR

- Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse también otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
- El sanitario que le atienda introducirá la torunda en un contenedor adecuado para remitirlo al laboratorio y proceder al análisis de la muestra.

La realización de esta técnica no comporta ningún efecto secundario, excepto una leve molestia en la recogida de la misma. En el plazo de 24/48 horas tendrá disponibles sus resultados.

Alumnado mayor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____
con DNI/NIE _____, matriculado en (indicar enseñanza) _____ curso
_____ en el centro educativo _____ de la localidad
de _____ provincia de _____
Teléfono _____
Número de la tarjeta sanitaria SACYL _____

Alumnado menor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____
con DNI/NIE _____, como padre/madre/tutor legal, del alumno/a (nombre y dos apellidos)
_____, matriculado en (indicar
enseñanza) _____ curso _____ en el centro
educativo _____ de la localidad de _____ provincia
de _____
Teléfono _____
Número de la tarjeta sanitaria SACYL _____



Junta de Castilla y León

Consejería de Educación

Trabajador/a del centro

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____

con DNI _____, con destino en el centro educativo _____ de la localidad de _____ provincia de _____

como (indicar: docente, PAS, servicios) _____

Teléfono _____

Número de la tarjeta sanitaria SACYL _____

Consiente en:

- Que se le realice la PCR en el marco de las actuaciones a desarrollar en los centros sostenidos con fondos públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19.
- Que los resultados sean recogidos y comunicados por los Servicios de Prevención Cualtis/ Quironprevención al Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación, y a la a la DG de Infraestructuras y Tecnologías de la Información de la Gerencia Regional de Salud.
- Que los resultados sean comunicados por el Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación al centro educativo.
- Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente y al responsable del Área de Atención Primaria.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa y por los encargados de tratamiento Cualtis y Quironprevención con la finalidad de facilitar la prestación del servicio público educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es

Los Servicios de Prevención Cualtis y Quironprevención tratarán estos datos a los efectos de cumplir con lo establecido en el contrato que les vincula con la Consejería de Educación y las obligaciones legales en materia sanitaria, sin que puedan utilizarlos para otro fin o realizar cesiones de los mismos, estando obligados a su destrucción cuando el citado contrato finalice su vigencia.

En _____ a _____ de _____ de 2020

Firma

(Alumno/padre/madre/tutor/trabajador)

Ejemplar para el centro educativo. Remitir por correo electrónico al Equipo COVID 19 de la DPE



CONSENTIMIENTO PARA LA REALIZACIÓN DE PCR EN LOS CENTROS SOSTENIDOS CON FONDOS PÚBLICOS PARA DETECCIÓN Y SEGUIMIENTO DE CASOS POSIBLES DE COVID 19

(A cumplimentar por la persona que va a serle realizada la PCR según sea el caso:

- alumnado mayor de edad,
- padre, madre o tutor si el alumnado es menor de edad,
- trabajador/a del centro)

La prueba PCR permite detectar la presencia o no del virus (restos de ácidos nucleicos ARN) en la muestra analizada. Se toma una muestra de exudado nasofaríngeo (o vías respiratorias altas). Se somete la muestra a un proceso que convierte el ARN en ADN y posteriormente los fragmentos de ADN se multiplican millones de veces para hacerlos detectables.

Técnica de recogida de la muestra para realizar prueba PCR

- Deberá colocarse con la cabeza ligeramente inclinada hacia atrás.
- Se le introducirá una torunda por una fosa nasal y luego por la otra. Puede realizarse también otra toma anterior en orofaringe con la misma torunda.
- El sanitario que le atienda introducirá la torunda en un contenedor adecuado para remitirlo al laboratorio y proceder al análisis de la muestra.

La realización de esta técnica no comporta ningún efecto secundario, excepto una leve molestia en la recogida de la misma. En el plazo de 24/48 horas tendrá disponibles sus resultados.

Alumnado mayor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____
con DNI/NIE _____, matriculado en (indicar enseñanza) _____ curso
_____ en el centro educativo _____ de la localidad
de _____ provincia de _____
Teléfono _____
Número de la tarjeta sanitaria SACYL _____

Alumnado menor de edad

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____
con DNI/NIE _____, como padre/madre/tutor legal, del alumno/a (nombre y dos apellidos)
_____, matriculado en (indicar
enseñanza) _____ curso _____ en el centro
educativo _____ de la localidad de _____ provincia
de _____
Teléfono _____
Número de la tarjeta sanitaria SACYL _____



Junta de Castilla y León

Consejería de Educación

Trabajador/a del centro

D/Dña. (nombre y dos apellidos) _____
con DNI _____, con destino en el centro educativo _____ de la localidad
de _____ provincia de _____
como (indicar: docente, PAS, servicios) _____
Teléfono _____
Número de la tarjeta sanitaria SACYL _____

Consiente en:

- Que se le realice la PCR en el marco de las actuaciones a desarrollar en los centros sostenidos con fondos públicos para la detección y seguimiento de casos posibles de COVID 19.
- Que los resultados sean recogidos y comunicados por los Servicios de Prevención Cualtis/ Quironprevención al Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación, y a la a la DG de Infraestructuras y Tecnologías de la Información de la Gerencia Regional de Salud.
- Que los resultados sean comunicados por el Equipo COVID 19 de la dirección provincial de educación al centro educativo.
- Que si el resultado es positivo sea comunicado a la Sección de Epidemiología del Servicio Territorial de Sanidad correspondiente y al responsable del Área de Atención Primaria.

Los datos de carácter personal facilitados en este formulario serán tratados por la Dirección General de Centros, Planificación y Ordenación Educativa y por los encargados de tratamiento Cualtis y Quironprevención con la finalidad de facilitar la prestación del servicio público educativo. El tratamiento de estos datos es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos. Sus datos no van a ser cedidos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, así como otros derechos recogidos en la información adicional.

Puede consultar la información adicional y detallada sobre protección de datos en la Sede Electrónica www.tramitacastillayleon.jcyl.es y en el Portal de Educación www.educa.jcyl.es

Los Servicios de Prevención Cualtis y Quironprevención tratarán estos datos a los efectos de cumplir con lo establecido en el contrato que les vincula con la Consejería de Educación y las obligaciones legales en materia sanitaria, sin que puedan utilizarles para otro fin o realizar cesiones de los mismos, estando obligados a su destrucción cuando el citado contrato finalice su vigencia.

En _____ a _____ de _____ de 2020

Firma

(Alumno/padre/madre/tutor/trabajador)

Ejemplar para el interesado/a
